

**ORDENANZA DE SALARIO DIGNO
FORMULARIO DE QUEJA PARA EMPLEADOS**

Su Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

Su Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____ Teléfono de su Casa: _____

Usted está presentando una queja en contra de: _____

Nombre de la Compañía/Organización

Dirección de la Compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____ Teléfono Principal _____

¿Quién es su Supervisor? _____

Si Usted no Trabaja en esta Dirección, Por Favor Proporcione la Dirección del Emplazamiento de la Compañía en el que Usted Trabaja:

Describa su Queja:

Adjunte páginas adicionales si fuera necesario. Adjunte cualquier documento relacionado o de evidencia, tal como los resguardos de sus cheques que muestren su sueldo:

¿Por cuánto tiempo ha ocurrido este problema? _____

La Ciudad guardará confidencialmente su nombre y otra información de identificación confidencial, hasta el máximo permitido dentro de los parámetros contemplados por la ley.

CERTIFICACION: A mi leal saber y entender, atestiguo que la información contenida en este formulario es correcta.

Firma _____

Imprima su Nombre _____

Por favor mande este formulario a Contract Services, 915 I Street, 2nd Floor, Sacramento, CA 95814

NO ESCRIBA MAS ABAJO. SOLO PARA USO DE LA CIUDAD

RECIBIDO EN FECHA

RESOLUCION: